

RITENUTO IN FATTO

1. Con sentenza del 28 ottobre 2009, la Corte di appello di Roma, in parziale riforma della sentenza del Tribunale di Cassino, sez. dist. di Sora, emessa nei confronti di _____, _____ e _____, dichiarava non doversi procedere per i reati loro ascritti ai capi A), D), F) ed I), limitatamente ai fatti commessi sino alla data del 28 dicembre 2001, perché estinti per prescrizione, eliminando la relativa pena e confermando nel resto.

In primo grado, gli imputati erano stati ritenuti responsabili per i reati di falsità ideologica in certificazioni amministrative ed abusivo esercizio della professione medica, per aver sino al 2002 il _____, quale medico convenzionato con la A.S.L. di Frosinone, consegnato ricettari di prescrizioni mediche, a lui intestati e dallo stesso firmati e timbrati in ogni foglio in bianco, al _____ ed al _____, titolari di due farmacie, che provvedevano di volta in volta a riempire le ricette (il primo oltre 5.015, il secondo oltre 8.475) in ogni loro parte e con l'indicazione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Esponavano in fatto i giudici dell'appello che, all'esito di una perquisizione condotta nelle farmacie dei predetti, venivano rivenuti ricettari in bianco, già firmati e timbrati dal dott. _____, nonché agende con annotati i nomi dei pazienti in carico a quest'ultimo ed il relativo codice sanitario regionale.

Numerosi pazienti del dott. _____ avevano deposto in dibattimento di essersi recati nella farmacia del _____ e del _____ e di aver ottenuto - per cortesia e a fronte della esibizione delle scatole vuote - la consegna di medicinali in regime di convenzione, alla cui regolarizzazione avrebbero poi provveduto i farmacisti, facendo firmare al medico di base la prescrizione già da loro compilata.

Il perito grafico, incaricato di visionare le ricette in sequestro, aveva stabilito che, in gran parte di esse, la scritturazione era riconducibile, salvo la firma del dott. _____, alla mano del _____ e una parte a quella del _____.

2. Avverso la sentenza della Corte di appello, i tre imputati con i loro difensori propongono ricorso per cassazione, con atti distinti, deducendo identici motivi di impugnazione, che possono essere pertanto esposti e trattati congiuntamente e segnatamente:

- la manifesta illogicità della motivazione, in relazione alla ritenuta fattispecie penale di cui all'art. 480 cod. pen., in quanto la sentenza impugnata ha accertato che i farmaci oggetto delle ricette mediche erano prescritti e

consegnati a pazienti effettivamente affetti da patologie e aventi diritto alla loro erogazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale. I ricorrenti evidenziano che l'art. 36, comma 2, del d.P.R. 28 luglio 200, n. 270, facoltizza il medico al rilascio della prescrizione medica, anche senza la visita del paziente e, nel caso in esame, i beneficiari delle ricette mediche risultavano pazienti anziani con patologie croniche, il cui piano terapeutico era già stato redatto dal dott. e aggiornato semestralmente;

- la inosservanza ed erronea applicazione dell'art. 348 cod. pen., sotto il profilo della insussistenza del fatto tipico del reato, in quanto le prescrizioni mediche erano firmate dal dott. e la loro mera compilazione doveva ritenersi un'operazione materiale - di norma effettuata dall'assistente o dalla segretaria del medico - che non può integrare l'esercizio abusivo della professione. Inoltre, la consegna di medicinali a pazienti affetti da patologia cronica, senza la prescrizione medica, è una facoltà riconosciuta al farmacista dal D.M. 31 marzo 2008;

- la inosservanza e l'erronea applicazione dell'art. 480 cod. pen., sotto il profilo della insussistenza del fatto tipico del reato, in quanto il riempimento della prescrizione medica non costituisce falsità ideologica, bensì materiale, di guisa da ricondurre il fatto nell'ipotesi di cui all'art. 482 cod. pen.;

- la mancanza di motivazione, in ordine ad un motivo di appello presentato dal , relativo alla ritenuta circostanza aggravante della connessione teleologica, pur essendo venuto meno il reato di truffa originariamente contestato.

- la inosservanza e l'erronea applicazione delle norme in materia di prescrizione dei reati, in quanto la Corte di appello, nel calcolare il periodo di prescrizione, non ha incluso i fatti commessi fino al 31 aprile 2002.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. In via pregiudiziale si osserva che i reati contestati, la cui consumazione risale al fino alla data del maggio 2002, sono estinti per prescrizione in seguito al decorso del relativo termine massimo di sette anni e sei mesi, considerato anche il periodo di mesi tre di sospensione.

2. Le diffuse argomentazioni svolte dalla Corte territoriale nella pronuncia impugnata, escludono qualsiasi possibilità di proscioglimento nel merito, ma

anche valgono ad escludere la fondatezza delle censure svolte dai ricorrenti, che sono comunque da esaminare attesa la pronuncia di condanna degli stessi al risarcimento dei danni in favore della parte civile.

In tema di declaratoria di estinzione del reato, infatti, l'art. 578 cod. proc. pen. prevede che la Corte di cassazione, nel dichiarare estinto per amnistia o prescrizione il reato per il quale sia intervenuta «condanna, anche generica, alle restituzioni o al risarcimento dei danni cagionati», è tenuta a decidere sull'impugnazione agli effetti dei capi della sentenza che concernano gli interessi civili; al fine di tale decisione i motivi di impugnazione proposti dall'imputato devono essere esaminati compiutamente, non potendosi trovare conferma della condanna al risarcimento del danno (anche solo generica) dalla mancanza di prova della innocenza degli imputati, secondo quanto previsto dall'art. 129, comma 2, cod. proc. pen.

Anche sotto lo specifico profilo ora menzionato le doglianze proposte dai ricorrenti non sono fondate.

3. È da osservare, quanto al primo motivo di ricorso, che la tesi sostenuta dai ricorrenti - secondo cui non sarebbe ravvisabile la falsità ideologica, posto che i pazienti destinatari delle prescrizioni farmacologiche erano effettivamente affetti da patologie croniche per i quali il dott. aveva predisposto uno specifico piano terapeutico, con la indicazione dei relativi medicinali - è priva di giuridico fondamento.

Questa Corte ha da tempo risolto la questione interpretativa, concernente la natura giuridica dell'atto con il quale il medico convenzionato con il servizio sanitario nazionale pubblico prescrive un farmaco all'assistito. E' stato affermato che le ricette non sono costitutive del diritto dell'assistito alla corresponsione dei medicinali da parte delle farmacie, in quanto tale diritto deriva in generale dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (cfr. art. 28 l. 23 dicembre 1978, n. 833: «Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione della ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e di specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale»), né attestano un'attività compiuta dal sanitario.

Si è invero osservato come la ricetta abbia perso qualsiasi attitudine probatoria ai fini retributivi (il medico convenzionato è retribuito sul parametro del numero degli assistiti, indipendentemente dalle visite effettuate in concreto e della qualità di esse) e le norme che disciplinano il suo contenuto non richiedono l'esposizione di una qualche attività compiuta dal medico convenzionato che la

redige (la ricetta deve contenere il cognome e nome dell'assistito; il numero della tessera sanitaria o codice fiscale; la prescrizione; la data di prescrizione, la firma del medico; cfr. artt. 4 e 6 d.P.R. 8 luglio 1998, n. 371). Invero, la normativa consente al medico di base di rilasciare la prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente «quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente (art. 36, comma 2, dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con il d.P.R. n. 270 del 2000).

Con il documento in questione, il medico compie piuttosto una attività ricognitiva del diritto soggettivo dell'assistito alla erogazione di medicinali, rendendo operativo tale diritto con l'emissione della ricetta (tra le tante, Sez. U, n. 6752 del 16/04/1988, dep. 07/06/1988, Giordani, Rv. 178541). Tale atto ha dunque natura complessa: di certificato, nella parte in cui il medico attesta dati da lui rilevati, e di autorizzazione amministrativa, nella parte in cui rimuove i limiti imposti dalla legge all'esercizio del diritto soggettivo all'assistenza farmacologica.

L'attività propriamente ricognitiva affidata al medico convenzionato, per la parte in cui prescrive il farmaco, presuppone giudizi e valutazioni (che, come tali, non sono oggetto di documentazione fidefaciente) circa lo stato di malattia o comunque di sofferenza dell'assistito e la necessità della terapia prescritta.

Quindi, essa - quant'anche la legge non esiga che sia sempre preceduta da una visita dell'assistito - non può prescindere da un effettivo contatto tra medico e paziente per uno scambio di informazioni in ordine alle affezioni denunciate, al fine di consentire al medico di esprimere la valutazione del presidio medico più utile e appropriato alla cura.

È essenziale, quindi, che ciascuna prescrizione risponda, per il medico che la formula, a valutazioni diagnostiche che il medico stesso abbia obiettivamente ed accuratamente maturato (il codice di deontologia stabilisce all'art. 13 che la prescrizione di una terapia impegna la «diretta responsabilità» professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una «diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico»).

Deve essere dunque il medico - e solo il medico -, acquisiti tutti gli elementi necessari per una esauriente valutazione clinica del caso, a decidere se prescrivere o meno il farmaco ovvero, se del caso, mutare una precedente prescrizione farmacologica.

È significativo che la legge affidi al solo medico convenzionato la materiale redazione della ricetta in tutte le sue parti, così sottolineando che la prescrizione

di medicinali rientra nella esclusiva responsabilità del medico prescrittore (cfr. d.P.R. 8 luglio 1998, n. 371, che impone che qualsiasi alterazione e/o variazione dei dati riportati sulla ricetta non controfirmata dal medico prescrittore invalida la ricetta stessa).

Oltre ad assolvere ad una funzione di certificazione, la ricetta ha altresì la funzione di autorizzare il farmacista a consegnare al paziente il medicinale, la cui distribuzione è sottratta al libero commercio. Il farmaco non è un comune bene di consumo, in quanto oltre ad essere utile è un prodotto pericoloso, anche in condizioni normali di utilizzazione, il cui acquisto deve pertanto essere effettuato, sotto il controllo del medico (cfr. d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 539 che classifica i medicinali, ai fini della loro fornitura; ora sostituito dal d.lgs. 24 aprile 2006, n. 219).

La ricetta rilasciata dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale ha altresì la funzione di autorizzare l'assunzione di un onere finanziario a carico dell'amministrazione sanitaria. A tal fine, il medico convenzionato è investito dei poteri di formare la volontà dell'ente pubblico assistenziale e concorre, mediante il rilascio di ricette, all'erogazione di farmaci, secondo modalità e condizioni prescritte, al fine di evitarne abusi, condizionandone la determinazione in materia assistenziale (Sez. 2, n. 7761 del 15/11/1986, dep. 27/06/1987, Rosa, Rv. 176268).

Vengono pertanto in gioco nella prescrizione di medicinali da parte del medico convenzionato interessi costituzionalmente protetti, che ne devono guidare l'esercizio: da un lato, la tutela della salute degli assistiti e, dall'altro, il contenimento della spesa farmaceutica nelle risorse finanziarie disponibili dal Servizio nazionale (Corte cost. sent. n. 247 del 1992). Pertanto, l'attività prescrittiva non solo deve tendere al miglioramento delle condizioni di salute dell'assistito (secondo i principi di appropriatezza del farmaco e di efficacia dell'intervento in relazione alla patologia diagnosticata), ma deve anche evitare un consumo farmacologico inadeguato, incongruo o sproporzionato, in funzione di criteri di economicità e di riduzione degli sprechi.

Le modalità con cui deve essere esercitata dai medici di base l'attività prescrittiva di medicinali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale trova una dettagliata regolamentazione, proprio per assicurare che la discrezionalità tecnica del medico - con riferimento alla scelta e alla indicazione della terapia farmacologica, nonché ai tempi, alle dosi e alle modalità di somministrazione del farmaco - non sia illimitata.

A tal fine, l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale stabilisce che il medico di base sia tenuto, anche nelle prescrizioni farmaceutiche, ad assicurare «l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza» ed a ricercare «la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche» (art. 15-bis d.P.R. 28 luglio 2000, n. 270), puntualizzando altresì che «la prescrizione dei medicinali avviene, per qualità e per quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale» (cfr. art. 36). Con la conseguenza che il medico convenzionato che non si attenga alle condizioni e alle limitazioni previste è tenuto a rimborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco prescritto (cfr. art. 1, comma 4, del d.l. 20 giugno 1996, n. 323, conv. in l. 8 agosto 1996, n. 425).

Quanto ai «tempi» di somministrazione dei farmaci, è utile sottolineare come la normativa attribuisca particolare rilievo alla data di prescrizione riportata sulla ricetta, in quando da essa decorre il termine perentorio della sua validità (cfr. art. 4 d.P.R. 8 luglio 1998, n. 371), con ciò dimostrando come la somministrazione del farmaco da parte del farmacista debba essere collegata ad una «attuale» necessità, così come valutata di volta in volta dal medico che lo ha prescritto. In tale direzione, si pone la limitazione imposta dalla normativa di settore al numero di confezioni prescrittibili, che di regola deve coprire un fabbisogno di cura circoscritto nel tempo.

La necessità che la somministrazione di farmaci a carico del Servizio nazionale sia costantemente monitorato dal medico prescrittore, onde evitare prescrizioni inconferenti o sovrabbondanti per la cura, è ribadita dal legislatore anche nel caso di pazienti portatori di patologie croniche, per i quali la normativa impone parimenti limiti alla quantità di farmaci prescrivibili (c.d. «prescrizione ripetuta»: cfr. l'art. 1, comma 6, d.l. 30 maggio 1994, n. 325, conv. in l. 19 luglio 1994, n. 467, che stabiliva che, per i soggetti affetti da patologia cronica, il numero dei pezzi che potevano essere prescritti per farmaci in somministrazione continua era «elevato fino a coprire un periodo di terapia relativo a tre mesi»; disposizione poi sostituita dall'art. 9 d.l. 18 settembre 2001, n. 347, conv. in l. 16 novembre 2001, n. 405 che ha limitato per tali patologie massimo la prescrizione di tre pezzi per ricetta che non può comunque superare i sessanta giorni di terapia). Anche in tal caso, il legislatore ha trovato un punto di ragionevole equilibrio fra l'interesse pubblico al risparmio e quello privato delle

esigenze dell'ammalato e della sua famiglia (cfr. Sez. Lavoro n. 4390, 26/02/2007, non mass., nella quale questa Corte ha ritenuto che il medico di famiglia sia tenuto a rimborsare alla Asl il costo di medicinali prescritti oltre il limite previsto dalla legge ad un paziente cronico, e ciò indipendentemente che le dosi siano state utilizzate per intero e senza spreco alcuno).

Questa breve panoramica consente pertanto di affermare che la falsità contestata agli imputati risiede proprio nella falsa attestazione del compimento da parte del medico convenzionato della ricognizione del diritto dell'assistito all'assistenza farmacologica, essendo irrilevante la circostanza che i pazienti fossero affetti da patologie croniche, posto che anche per essi lo schema seguito dal legislatore impone al medico, dopo la diagnosi iniziale e la prima prescrizione farmacologica, di attuare controlli intermedi predefiniti, prima di emettere le prescrizioni ripetute.

4. Alla luce di quanto esposto nel paragrafo che precede, deve ritenersi infondato anche il secondo motivo di ricorso, con il quale si sostiene l'insussistenza del fatto tipico dell'esercizio abusivo della professione medica.

Invero, la circostanza che la normativa di settore consenta al farmacista, al fine di assicurare la prosecuzione del trattamento di un paziente affetto da patologia cronica, di somministrare medicinali, senza la pur necessaria prescrizione medica, non vale a dimostrare la liceità penale del comportamento dei farmacisti e

Il d.m. 31 marzo 2008, lungi dal legittimare il farmacista a sostituirsi al medico nell'attività prescrittiva, ha introdotto soltanto un'eccezione al divieto – sanzionato in via amministrativa (cfr. art. 4 d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 539; art. 148 del d. lgs. 219 del 2006) – di consegnare medicinali senza la presentazione di una ricetta medica.

Il citato d.m. limita la suddetta somministrazione solo ai casi di estrema necessità ed urgenza e sempre che siano presenti specifici elementi volti a dimostrare che il paziente è attualmente in trattamento con il farmaco (che in ogni caso non deve essere con onere a carico del Servizio nazionale), tra i quali in particolare l'esibizione di una ricetta con validità scaduta da non oltre trenta giorni. Le ulteriori cautele previste dal d.m. (consegna del minimo quantitativo possibile, informazione del medico curante, predisposizione di apposito registro su cui annotare le consegne, monitoraggio da parte della pubblica amministrazione) dimostrano l'assoluta eccezionalità di tale procedura.

Nel caso in esame, i farmacisti non si erano limitati a consegnare ai clienti, in violazione dei divieti di legge, i medicinali, bensì, sostituendosi sistematicamente al medico di base, che aveva loro affidato una delega «in bianco» per l'espletamento di tale attività con la consegna dei moduli regionali già firmati, avevano essi stessi prescritto ai pazienti la terapia farmacologica. Attività quest'ultima, come già detto, di esclusiva competenza del medico.

Alla luce di quanto premesso, appare parimenti infondata la tesi secondo cui i farmacisti avrebbero soltanto compiuto una mera attività materiale di compilazione delle ricette. Invero, i moduli, una volta completati da costoro, non venivano sottoposti al medico di base, ma spediti all'amministrazione competente per il rimborso.

5. Quanto al terzo motivo, l'assunto difensivo - secondo cui il riempimento della prescrizione medica da parte dei farmacisti dovrebbe essere inquadrata nell'ipotesi delittuosa di cui all'art. 482 cod. pen. - appare del tutto infondato, posto - quanto alla tipologia di falsità - che i farmacisti hanno concorso con il medico di base (pubblico ufficiale) nell'emettere prescrizioni mediche contenenti false attestazioni, nel senso già esaminato in precedenza, e che il reato invocato dai ricorrenti si realizza allorché i fatti siano commessi (interamente) da un privato o da un pubblico ufficiale, al di fuori delle sue funzioni (cfr. Sez. 5, n. 10528 del 21/10/1983, dep. 07/12/1983, Perrone, Rv. 161601).

6. Anche per il quarto motivo deve costatarsi l'infondatezza delle doglianze (la contestata aggravante è stata implicitamente esclusa, non avendo avuto alcuna efficacia sulla determinazione della pena), oltre ad apparire le stesse ininfluenti ad apportare, se accolte, una situazione più favorevole ai ricorrenti, neppure agli effetti civili.

L'ultimo motivo infine resta assorbito dalla pronuncia di proscioglimento per la avvenuta estinzione dei reati.

7. Conclusivamente, la sentenza impugnata deve essere annullata senza rinvio per la avvenuta estinzione dei reati ascritti agli imputati, difettando in atti la sussistenza di elementi che possano portare a diversa declaratoria, ai sensi dell'art. 129, comma 2, cod. proc. pen.

In relazione ai limiti propri del giudizio di legittimità, non risultano dalla sentenza impugnata circostanze, emergenti in modo non contestabile, idonee ad escludere la sussistenza dei fatti, la rilevanza penale degli stessi e la non

commissione dei medesimi da parte dell'imputato, laddove è pacifico che il giudizio che deve portare alla immediata declaratoria di cause di proscioglimento deve consistere non nell'apprezzamento quanto nella constatazione degli elementi in atti.

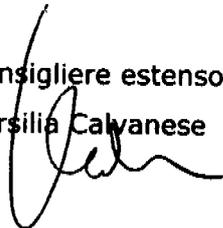
Vanno tenute ferme le statuizioni concernenti la parte civile, attesa la rilevata infondatezza delle censure sulla responsabilità. Conseguentemente, i ricorrenti devono essere condannati a rimborsare in solido alla parte civile le spese di questo grado, che sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

annulla senza rinvio la sentenza impugnata perché i reati sono estinti per prescrizione, ferme restando le statuizioni civili. Condanna i ricorrenti in solido a rimborsare alla parte civile le spese di questo grado che liquida in complessivi euro tremila, oltre spese generali, Iva e C.P.A..

Così deciso il 08/02/2011.

Il Consigliere estensore
Ersilia Calvanese



Il Presidente
Giovanni de Roberto

